N° 55.

PARADOXES

DE

MÉDECINE THÉORIQUE ET PRATIQUE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 mars 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-F. MALGAIGNE, de Charmes,

Chirurgien sous-Aide-Major au Val-de-Grâce; Membre de la Société médicale d'émulation et de la Société anatomique de Paris, de la Société royale d'émulation des Vosges, etc.



A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LP. ROUX, *Suppléant.* FOUQUIER, *Examinateur.* CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Duelrd.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet, *Examinateur.*	Martin Solon.
Brongniart, *Examinateur.*	Piorry.
Cloquet, *Suppléant.*	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

A JAMAIS CHÈRE ET RESPECTABLE DE MON AÏEUL

JOSEPH-FRANÇOIS MALGAIGNE,

Maître en chirurgie; ancien Chirurgien militaire, frappé à mort, en secourant les blessés, par le typhus de 1813,

ET DE MON PÈRE,

FRANÇOIS MALGAIGNE,

Ancien Chirurgien militaire, attaché à la grande armée dans les campagnes d'Autriche, de Prusse et de Pologne.

A MONSIEUR GAMA,

MON MAÎTRE DANS LA SCIENCE,

Officier de la Légion-d'Honneur; Chirurgien en chef et premier Professeur à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Affection et respect.

J.-F. MALGAIGNE.

PARADOXES

DE

MÉDECINE THÉORIQUE ET PRATIQUE.

I. *De la nécessité d'un cours de littérature médicale.*

Pressé par les événemens, je ne ferai que jeter en avant des idées auxquelles la discussion pourra procurer tout le développement convenable ; peut-être, d'ailleurs, une thèse ne doit-elle pas donner davantage.

L'histoire de la médecine, et j'entends aussi-bien sous ce nom la chirurgie, est beaucoup trop négligée en France. L'épais ouvrage de *Leclerc* s'arrête après *Galien* et ne traite que de la médecine proprement dite ; l'histoire de la chirurgie, qui a usé les forces de deux auteurs, n'a pas même entamé l'ère des Arabes ; toutes les autres compilations, surtout les dictionnaires biographiques, doivent être regardées tout au plus comme des matériaux utiles pour édifier une histoire complète de l'art, et ne peuvent y suppléer que pour les hommes déjà profondément instruits.

D'autres travaux ont obtenu une estime générale ; mais ils n'ap-

partiennent point à la Frauce. *Freind* a entrepris l'histoire difficile de la médecine chez les Arabes, et son livre n'est pas indigne des deux grandes histoires que nous venons de citer; mais, après les Arabes, il ne donne guère qu'une sèche nomenclature des principaux auteurs, et s'arrête devant le quinzième siècle. Enfin, grâce à M. *Jourdan*, nous avons pû lire en français l'ouvrage tant vanté de *Kurt Sprengel*, qui, en cinq volumes, a renfermé l'histoire de l'art dans toutes ses parties; et, quelques éloges que mérite l'érudition de l'auteur allemand, il faut bien convenir qu'il a été écrasé sous le poids d'une entreprise trop vaste pour un seul homme, et il reste le regret que des veilles si savantes et si laborieuses n'aient point été consacrées à l'étude, mieux approfondie, d'une seule spécialité. Ces travaux sont seuls capitaux, et je ne tiens aucun compte des autres.

Il me paraît résulter assez nettement de ce simple exposé plusieurs corollaires importans.

1°. *Nous n'avons pas d'histoire de la médecine et de la chirurgie.*

De là un vide remarquable, une lacune étonnante et dans l'instruction des élèves, et dans les cours des professeurs, et dans les écrits de nos auteurs les plus célèbres. L'humanité, a dit *Pascal*, est un homme qui apprend toujours. Il s'ensuit que tout homme, fût-ce un génie, qui ne remonte pas au-delà de son siècle pour la science, ressemble à un vieillard qui ne se souvient que de la veille. Combien de fois nos académies ont-elles retenti de ce désolant aveu, que les inventions les plus belles n'étaient pas découvertes, mais recouvrées! Il serait facile de faire un volume de ces prétendues découvertes modernes, déjà connues des anciens: plusieurs ont été signalées; en voici de non moins surprenantes.

Le procédé communément attribué à *Lafaye* pour la désarticulation de l'épaule, procédé *à un lambeau* et non pas à deux, comme on l'écrit encore, fut publié par son auteur en 1753; il avait été mis en œuvre par *Ravaton* avec un plein succès en 1736, et annoncé aux chirurgiens en 1750.

On s'est disputé, il y a quelques années, le procédé pour la même opération par la méthode circulaire : outre qu'on le trouve déjà dans *Alanson*, il paraît que la méthode mise en usage par *Ledran* père n'en était qu'une variété ; car *Garengeot* dit fort nettement que, pour arriver au même résultat, quelques chirurgiens font d'abord une incision circulaire.

Les amputations partielles des os du métatarse et du métacarpe semblent appartenir à notre siècle ; *Ledran* fils, qui en cite plusieurs observations, les revendique pour le sien.

Il est une autre amputation dont l'invention a fait le plus grand honneur, et un honneur mérité, à un jeune chirurgien de notre âge : enlever un os du métatarse ou du métacarpe, et garder le doigt ou l'orteil correspondant, c'est une des plus ingénieuses conquêtes de la chirurgie. Il y avait cependant vingt ans que le procédé avait été décrit, que l'opération avait été faite, et que le tout demeurait oublié ; c'est à M. *Barbier*, alors chirurgien en chef du Val-de-Grâce, que l'on doit tous les deux. L'observation est déposée dans les mémoires de la Société médicale d'émulation. De plus, M. *Barbier* publia un opuscule in 4°. sur les amputations, où ce sujet obtint un article spécial, et qui fut même imprimé par les presses du gouvernement.

La tentative d'un chirurgien allemand, d'amputer les membres sans lier les vaisseaux, avait été mise en usage en France par *Chabert*, qui rapporte deux cas de plein succès.

Je pourrais multiplier les cas de ce genre, et reculer de vingt, de cent, de mille années, ou les procédés opératoires, ou les méthodes curatives, ou les découvertes physiologiques ; je finirai en indiquant un de ces faits, le plus remarquable peut-être. On sait que *Pott*, dans son Mémoire sur les fractures, cite à plusieurs reprises *Fabrice d'Aquapendente*. Qui se douterait dès-lors que la doctrine de *Pott* tout entière, fondée sur les mêmes bases, appuyée des mêmes raisonnemens, est écrite tout au long dans *Fabrice d'Aquapendente* ?

Ne reste-t-il donc à *Pott* que la honte d'un plagiat? En aucune façon; il est extrêmement probable que *Pott* ne connaissait de la doctrine de *Fabrice* sur les fractures que ce que ce dernier en a écrit dans son Pentateuque, car c'est de là qu'il tire toutes ses citations. C'est à la fin des opérations chirurgicales, ouvrage différent du Pentateuque, et cependant imprimé avec lui, que se trouve le long chapitre de *Fabrice* sur les fractures, et la doctrine séduisante qu'il paraît lui-même avoir puisée dans les anciens.

Je ne crains pas de le dire : qu'un homme un peu versé dans la littérature médicale fouille le livre le plus moderne, écoute le cours le plus savant de la savante École de Paris, il n'y trouvera pas peut-être un article, un seul, qui soit rigoureusement au niveau de la science. Nous suivons volontiers la méthode *Jacotot*, et nous aimons à nous faire à nous notre science. Malheureusement il manque un moniteur qui nous dise ce qui nous reste à savoir encore, et qu'il n'est pas temps de nous reposer : et puis cette méthode est bonne tout au plus pour l'élève qui apprend; mais pour l'homme de génie qui découvre, n'est-ce pas une pitié et un malheur de voir ses facultés brillantes se consumer à chercher la solution d'un problème qu'il a cru nouveau, pour qu'à l'instant où il jouit de la réussite quelque obscur travailleur vienne lui crier : On l'avait deviné avant vous !

2°. *L'histoire de la science tout entière est trop vaste pour un seul homme; il faut, pour la traiter avec fruit, la scinder en spécialités.*

Jusqu'à présent les hommes qui s'en sont occupés avec le plus de fruit n'ont pris qu'une part du fardeau, et ils l'ont trouvé bien lourd pour leurs épaules. *Desjardins* donne l'histoire de la chirurgie d'*Hippocrate* et de *Celse*, et quoique je n'aie point assez de louanges pour son travail, il n'a pas toujours rendu fidèlement la doctrine de ces deux grands maîtres. Il a donné, par exemple, une assez longue exposition de la doctrine de *Celse* sur les fractures, et il n'y a

pas dans *Celse* sur ce sujet une page peut-être qui n'appartienne à *Hippocrate*. Il n'y a pas jusqu'aux six bandes proposées par *Celse* pour chaque fracture dont on ne retrouve le nombre complet dans le père de la médecine.

Peyrilhe a mis dix-huit mois à compulser tout ce qu'il a trouvé de chirurgie dans *Galien*, et il n'y a trouvé ni la torsion des artères, ni la luxation de l'humérus *en arrière*, dont *Galien* a vu un cas, ni le bandage de *Desault* pour la clavicule, attribué faussement à *Paul d'Egine*, et dont *Galien* donne trois ou quatre variétés, décrites et figurées à la fois. Si des hommes si savans, dans une étude si longue, font de telles omissions, que sera-ce de ceux qui embrassent une matière cent fois plus étendue?

Je voudrais donc qu'on traitât cette vaste histoire par spécialités; et ce n'est pas assez de diviser la médecine de la chirurgie. Je n'hésite pas à avancer que l'anatomie, quoique si exactement étudiée de nos jours, et surtout dans cette École, ne récompense dignement les veilles de celui qui voudra l'étudier dans tous ces anciens auteurs, qu'on cite en passant comme de vieilles reliques, et dont les œuvres sont si négligées. *Haller* a montré ce qu'une pareille étude pouvait fournir à la physiologie; et quelques travaux spéciaux de nos jours ont retiré des perles de ce fumier des auteurs du moyen âge. Ainsi M. *Jourdan* a démontré que l'épidémie de 1496 ne fut point du tout la vérole; et je me range d'autant plus volontiers à son avis, que la lecture des principaux ouvrages de cette époque m'avait amené moi-même, après M. *Jourdan*, mais avant d'avoir lu son livre, à un résultat tout à fait semblable.

Si l'ouvrage de *Desjardins* et *Peyrilhe* eût été continué avec la même vigueur, il n'est pas douteux que la chirurgie n'en eût reçu un vif éclat et une nouvelle puissance; mais qui oserait reprendre une pareille œuvre sur un pareil plan?

Anatomie, physiologie, chirurgie, médecine, voilà donc plusieurs sections spéciales. Puis viennent les diverses périodes historiques, comprenant quatre plans bien marqués, histoire de la

médecine ancienne, de la médecine arabe, de la médecine au moyen âge ; et enfin des temps modernes. Puis peut-être l'étude spéciale de chaque branche de la médecine chez telle ou telle nation ; mais, dans un art qui appartient à l'humanité, ce seraient des considérations bien secondaires.

Les divisions qui suivent me paraissent d'un beaucoup plus grand intérêt, et surtout d'une bien autre utilité. Jusqu'ici, dans les histoires de ce genre on a tout confondu : recherches chronologiques, biographies, bibliographie, histoire des idées générales ou des doctrines, histoire des idées particulières ; or, unir toutes ces choses ou séparer toutes ces choses aboutirait par divers chemins à un même but, à tout confondre. Cherchons à classer toutes ces parties d'un même ensemble ; ce que j'en dirai s'appliquera plus particulièrement à la chirurgie, prise pour exemple.

En première ligne se trouve, comme une introduction nécessaire, l'histoire proprement dite de la chirurgie en rapport avec l'histoire du monde : c'est à dire l'histoire, chez les différens peuples et à toutes les époques, de l'état des chirurgiens. Ainsi, partout antérieure à la médecine, elle est réunie dans le même homme dès le temps d'*Hippocrate*, plus grand peut-être en chirurgie qu'en médecine. Des divisions partielles ont lieu jusqu'aux Arabes, qui commencent à n'être que médecins ; puis les sciences passant comme un héritage des Arabes au clergé, par l'influence des idées et des événemens la chirurgie, séparée de la médecine, reste avilie, méprisée, se relève, retombe, se relève de nouveau, lutte avec sa rivale et finit par se confondre avec elle ; ensorte que de nos jours, comme au temps d'*Hippocrate*, en France du moins, le même diplôme réunit les deux sciences, et qu'en général tout chirurgien est aussi médecin. C'est donc l'histoire de l'influence des idées, le plus souvent agissant par les masses, quelquefois poussées par un homme qui les représente, qu'il s'agit de peindre dans ce tableau, et l'on voit ce que peuvent lui fournir la biographie et la critique littéraire.

Mais tandis qu'ici le monde extérieur, avec ses préjugés ou ses lu-

mières, réagissait contre ce petit monde scientifique des médecins, il s'agit, dans une autre carrière, de montrer ces hommes de l'art concentrés dans leur art même et faisant corps et nation à part, mûs, poussés, transformés par les idées générales scientifiques. C'est l'histoire des doctrines, plus féconde pour la médecine interne que pour la chirurgie, qui, mieux que sa rivale, peut vivre sans le secours des systèmes.

Je ne balance pas à regarder comme plus importante que toutes les autres, une troisième spécialité, comprenant l'histoire des idées particulières; champ immense, défriché en partie avec fruit pour la chirurgie et la physiologie, et avec bien moins d'ardeur et de succès pour la médecine. Une maladie étant donnée, la poursuivre de siècle en siècle, mettre en regard ce qu'ont su et enseigné sur ses causes et sur son traitement et les grands maîtres et les disciples, ce serait établir enfin une base solide pour les travaux de l'âge à venir. Que de faits ignorés, que de vues ingénieuses, que de découvertes oubliées; et que de points d'appui nouveaux pour le levier qui fera marcher la science! C'est ici, à la fin de chaque article, que je voudrais voir un catalogne raisonné, une revue critique de tous les ouvrages qui ont traité les mêmes matières, quelques notes biographiques compléteraient ce travail; et ainsi nous aurions ramassé tout ce qui traîne d'utile et d'important dans nos poudreuses bibliothèques.

Mais pour mener à fin cette vaste entreprise, on sent bien que chaque classe d'affection réclamerait encore un homme spécial, qui connût à fond sa matière, afin de comprendre ceux qui en ont traité différemment des autres. Il faudrait pour cela ou un couvent tout entier de Bénédictins ou une académie: et pourquoi les académies ne s'en chargeraient-elles pas?

Napoléon avait demandé à l'Institut l'histoire des progrès des sciences depuis 1790. J'ai vu quelques-uns des rapports qui ont été faits pour les sciences physiques et mathématiques. Je ne sais si l'illustre empereur requit le même travail pour la chirurgie; mais je

pense qu'il serait impossible même à l'Institut d'y répondre ; car, pour partir de 1790, il faudrait avoir l'état des conquêtes de la chirurgie à cette époque, et c'est toute une histoire de la chirurgie à créer.

On se plaint de l'inutilité de nos académies, et ce n'est pas sans beaucoup de raisons. L'académie française, chargée du dépôt de la langue, a aussi pour mission d'enregistrer toutes les conquêtes de mots nouveaux dans son dictionnaire ; pourquoi l'académie de médecine, chargée aussi du dépôt de la science, ne veille-t-elle pas à l'intégrité de ce dépôt sacré ? L'utilité d'une semblable mission ne serait pas révoquée en doute ; et ce serait un moyen peut-être de reconquérir aux yeux des chirurgiens français toute l'importance et toute l'autorité qu'avait l'ancienne académie de chirurgie.

3°. *Il est urgent, pour rétablir le goût de la littérature médicale, et rendre les études plus fortes et plus complètes, de créer à Paris une ou plusieurs chaires pour cet objet.*

C'est le but et la fin de tout ce discours. J'émettrai toutefois un dernier vœu ; c'est que le gouvernement fasse pour les pères de l'art ce que des particuliers ont fait, mais avec peu de succès, pour les auteurs de l'antiquité. Quoi donc ! *Guy de Chauliac, Franco, Paré, Frère Jacques* même, ne sont-ils pas une des grandes gloires de France ? Et non-seulement il n'existe pour aucun d'édition supportable, mais quelques-uns sont prêts à manquer tout à fait. Où trouverait-on l'opuscule fameux de *Frère Jacques*, si *Morand* ne l'avait imprimé dans ses Œuvres ? C'est ainsi qu'on a laissé perdre les Œuvres de ces quatre maîtres tant vantés par *Guy de Chauliac*, et dont le dernier exemplaire n'était encore qu'à demi-rongé des vers au collége de Navarre, dans les dernières années du siècle précédent.

II. *De la sérosité cérébrale.*

M. *Magendie* enseigne que le cerveau et la moelle sont baignés à l'extérieur dans une couche de sérosité qui leur est nécessaire pour bien remplir leur fonctions. Quelques personnes ont élevé des doutes sur l'existence constante et nécessaire de cette sérosité, et j'avoue que je suis de ce nombre. Ouvrez le crâne d'un homme ou d'un chien bien nourri et bien gras, et vous ne trouverez point de sérosité cérébrale. Mais, au contraire, prenez un individu amaigri surtout par une longue maladie, et l'amas de sérosité sera en proportion de l'émaciation.

Dans l'hiver meurtrier de 1828—29, j'étais chargé du service des autopsies au Val-de-Grâce. Le nombre de cas où je rencontrai cette sérosité surabondante, sans que le malade eût offert de symptômes cérébraux, me suggéra des réflexions. J'en vins à penser que, dans l'émaciation générale, le cerveau maigrit comme les autres organes, mais que, les parois du crâne ne pouvant le suivre dans sa rétraction et rester appliquées sur lui, il faut qu'il se sécrète quelque chose d'intermédiaire; c'est la sérosité.

Curieux d'éclaircir ce point en même temps que je le vérifiais sur tous les sujets amaigris qui me tombaient dans les mains, je consultai d'autres recueils d'autopsies. La célèbre Histoire des Phlegmasies chroniques offre surtout des cas de sujets morts émaciés. Dans tous, l'illustre auteur a noté : *sérosité cérébrale*; et quelquefois il a pris ce phénomène pour une suite d'inflammation. Je crois que c'est un effet plus naturel de la cause que j'ai alléguée.

III. *Du canal de l'urètre.*

Sabatier donne au canal de l'urètre 10 à 12 pouces de longueur; M. *H. Cloquet*, de 9 à 12; M. *Lisfranc* adopte presque les mêmes termes; selon *Whately*, il a de 7 pouces et demi à 9 pouces et demi;

selon M. *Amussat*, de 7 à 8 pouces; selon M. *Rougier*, 10 pouces environ. On voit que la moindre évaluation ne va pas plus bas que 7 pouces; la plus forte monte à 12. Combien tous ces auteurs diffèrent entr'eux, c'est une chose assez étonnante; mais combien avec la nature cela est plus étonnant encore !

Aucun d'eux ne nous indiquant sa manière de mesurer l'urètre, il m'a bien fallu en tenter plusieurs.

1°. J'introduisis dans l'urètre une sonde de gomme élastique dont j'ôtai ensuite le mandrin. Puis, la vessie ouverte par sa face abdominale, je notai l'espace compris entre l'orifice vésical de l'urètre et son orifice externe. Sur un individu qui avait une verge démesurément longue, j'obtins *six* pouces de longueur; sur deux autres, cinq pouces *deux* lignes. Toutes les autres mesures variaient entre celles-là. La plus commune était de 5 pouces 9 lignes. Il faut noter que la verge était pendante sur les bourses et dans l'état de flaccidité naturelle.

2°. Je pensai que sans doute la sonde, quoique élastique, effaçait les courbures du canal et diminuait sa longueur. J'attachai donc à une sonde une ficelle que j'entraînai dans toute la longueur du canal. Alors massant les parties, je fis en sorte de rétablir les courbures aussi fortes que possible; puis après avoir noté les deux termes du canal sur ma ficelle, je la retirai. Les longueurs obtenues furent les mêmes.

3°. J'essayai d'introduire la sonde et la ficelle de dedans en dehors par l'orifice vésical du canal; les longueurs ne varièrent point.

4°. Je relevai la verge en haut sans la tirailler; alors les urètres de 5 pouces 9 lignes me donnèrent *sept* pouces, et en tiraillant, 8 pouces 10 lignes. C'est là tout ce que je pus obtenir.

5°. En tiraillant la verge dirigée en bas, de manière à faire avec l'horizon un angle de 45°, j'obtins de 7 pouces à 7 pouces 6 lignes.

6°. Je dépouillai la verge de ses tégumens; cette opération l'allongea

beaucoup : un urètre de 5 pouces 9 lignes acquit alors 8 pouces 2 lignes, et en tiraillant médiocrement 11 pouces.

7°. J'enlevai la verge, l'urètre et la vessie. Alors, et en tiraillant médiocrement, j'obtins sans peine mes 12 pouces.

Donc le canal par où l'urine passe a de 5 pouces 2 lignes à 6 pouces, dans l'érection il a probablement de 7 à 8 pouces ; le reste est dû aux tiraillemens exercés sur le cadavre. La majeure partie de cette longueur est prise sur la verge et les corps caverneux ; ou, plus exactement, sur la portion bulbo-caverneuse de l'urètre ; et cette portion seule est susceptible d'être allongée soit par des tiraillemens, soit par l'érection. Nous allons voir qu'elle seule, très-variable, amène de notables variétés dans la longueur du canal.

On peut diviser cette portion en deux parties : l'une ascendante ou *sous-pubienne*, se terminant à l'angle formé par la chute de la verge ; l'autre descendante ou *pénienne*, occupant la verge proprement dite. Cette dernière varie selon la longueur du membre viril lui-même ; la seconde ne varie pas moins, selon la hauteur à laquelle s'attache la verge sur le pubis. De là vient qu'il est impossible de préjuger la longueur du canal d'après celle de la verge ; de là aussi des difficultés plus grandes chez certains sujets pour le cathétérisme rectiligne. Dans l'état de flaccidité de la verge, ces deux parties du canal sont coudées selon un angle d'environ 45°, ; l'angle s'efface dans l'érection. Sur un urètre de 5 pouces 8 lignes, la portion pénienne avait 2 pouces $\frac{1}{2}$, la sous-pubienne 2 pouces 2 lignes ; le reste du canal équivalait à 1 pouce.

Déjà *Winslow* n'accordait aux portions membraneuse et prostatique ensemble qu'un travers et demi de doigt de longueur. Nos anatomistes modernes donnent à chacune 9, 12, 15 lignes ; *Rougier* ajoute que la portion membraneuse est la plus variable pour la longueur.

Mes observations concordent avec celles de *Winslow*. La portion membraneuse, *la moins sujette à varier*, va de 5 à 8 lignes ; la prostatique de 6 à 10. Dès-lors comparez les observations de *Ducamp* avec

les miennes pour la longueur totale de l'urètre; il rencontrait les rétrécissemens à 5 pouces 3 lignes, pour la plupart; un à 4 pouces 7 lignes, deux à 6 pouces 2 ou 3 lignes. Ajoutez 1 pouce pour avoir la longueur totale du canal, puisqu'on sait que les rétrécissemens sont d'ordinaire au bulbe, vous aurez de 5 pouces 7 lignes à 7 pouces 3 lignes; encore il faudra déduire ce que l'élévation de la verge, nécessitée pour les explorations de *Ducamp*, ajoute de longueur au canal.

M. *Sanson*, dans une thèse d'ailleurs hors de ligne, a laissé échapper que le col de la vessie est à 2 pouces en arrière de la symphyse. Dans presque tous les cas que j'ai examinés, mesurée avec soin à l'aide d'un pied de roi, la distance est de 1 pouce, et varie entre 10 et 13 lignes. En reconnaissant au toucher le bas de la symphyse, et plongeant un bistouri à un pouce en arrière, je tombais toujours presque sur le col de la vessie même. — Je veux toutefois indiquer la cause possible de ces différences : j'opérais, au Val-de-Grâce, sur des sujets jeunes, de vingt à trente ans environ. Sur un vétéran, je trouvai la distance de 16 lignes; la portion prostatique de l'urètre était de 10 lignes. Ce fut le seul cas de ce genre.

M. *Sanson* a joint à sa thèse une gravure détestable, où le graveur a fait, dans tous les points, mentir l'anatomiste : l'urètre y passe à 15 lignes au-dessous de la symphyse; j'ai constaté qu'il n'en est éloigné que de 3 à 5 lignes. La symphyse y est éloignée du coccyx d'environ 5 pouces : j'ai trouvé l'intervalle de 2 pouces $\frac{1}{2}$ à 3 pouces, rarement plus fort. La symphyse n'y paraît haute que de 15 lignes : elle l'est d'ordinaire de 22 à 24.

Je n'ai pas toujours trouvé exactes non plus les mesures prises par M. *Sanson* sur les diverses parties du rectum; mais je me contente de signaler le fait, et me hâte de sortir de ces calculs anatomiques, espérant que les résultats en paraîtront si étranges, que les anatomistes s'empresseront de les vérifier.

IV. *Calculs urinaires.*

On lit dans le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique, article *Calculs*, qu'ils sont beaucoup plus fréquens chez les vieillards que chez les enfans. L'auteur a rassemblé plusienrs statistiques prises dans les auteurs anglais et recueillies dans les hôpitaux d'Angleterre; déjà *Samuel Cooper* les avait publiées, sans insister autant sur leur résultat. Or, voici des résultats hien étrangement différens : depuis la fondation de l'hôpital des Calculeux, à Lunéville, jusqu'à l'époque où *Saucerotte* écrivait, on y avait reçu 1,697 calculeux, savoir : 1,564 mâles et 63 femelles. Sur ce nombre, on en comptait, depuis deux ans jusqu'à dix-huit, 1337 mâles et 35 femelles. De quatre à neuf ans, on en trouvait 689 des premiers et 31 des secondes, presque moitié du nombre total.

Il y a sans doute une raison de ces différences énormes : déjà *Saucerotte* avait observé que chez les gens riches la proportion des vieillards calculeux augmente. Il faut ajouter que dans les grandes villes, et par exemple dans les hôpitaux de Paris, à en juger par les récits de *Baseilhac* et par les cliniques de notre époque, la proportion des enfans calculeux est beaucoup moindre. Au reste, ce n'est point en courant qu'on peut résoudre un tel problème ; il me suffira de l'avoir proposé aux physiologistes comme aux praticiens.

V. *Propositions de thérapeutique.*

Dans les fièvres intermittentes, surtout si elles sont irrégulières, il est plus commode et il est aussi avantageux de donner le sulfate de quinine durant le froid qu'avant l'accès.

Dans les érysipèles phlegmoneux qui compliquent les plaies et les fractures, et amènent d'énormes abcès, les applications de camphre sur l'érysipèle même le dissipe en vingt-quatre heures. Ce to-

pique réussit de même dans les érysipèles par cause interne : mais celui-ci veut être combattu par d'autres moyens.

L'érysipèle sur un membre fracturé, non-seulement retarde le cal, mais le fait rétrograder.

Un temps viendra où la charpie sera remplacée par des compresses dans toutes les affections chirurgicales.

La syphilis cède mieux au traitement antiphlogistique qu'à tout autre.

Dans les plaies de tête où la perte de connaissance a suivi le choc, et où la commotion laisse craindre une encéphalite consécutive, les sangsues permanentes sont souvent l'unique moyen de salut. (Méthode de M. *Gama*.)

FIN.